

**SALUD MENTAL DEL CONADO DE GRANT
TABLA DE TARIFAS DE PAGOS PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL
EFECTIVO 1/1/2016-12/31/16**

Servicios Estándares y Tarifas



SERVICIO	Costos de servicios en la oficina	Costos de servicios fuera de la oficina	Unidades* de factura
Crisis	\$125.00	\$187.50	por hora
Estabilización	\$95.00	\$142.50	por hora
Evaluación de admisión, rutina	\$125.00	\$187.50	por hora
Los servicios de tratamiento Individual con nivel de Maestría	\$125.00	\$187.50	por hora
Terapia de Familia con/Nivel de Maestría	\$125.00	\$187.50	por hora
Los servicios de tratamiento Individual con otro proveedor	\$95.00	\$142.50	por hora
Servicios de Grupo	\$31.25	\$46.88	por hora
*Servicios por hora son prorrateados			
Visita de Enfermera - RN	\$38.00	\$38.00	por evento
Admisión de Med ARNP	\$226.00	\$226.00	por evento
Administración Nivel 3 de rutina por ARNP	\$133.00	\$133.00	por evento
Administración detallada de Med por ARNP	\$195.00	\$195.00	por evento
Administración comprensiva de Med por ARNP	\$262.00	\$262.00	por evento

LOS CONSUMIDORES SON RESPONSABLES DEL PAGO DE TODOS LOS SERVICIOS DADOS DE ACUERDO A SU ACUERDO FINANCIERO CON SALUD MENTAL DEL CONDADO DE GRANT.

Las tarifas dadas a continuación son disponibles para los consumidores que han sido determinadas por Salud Mental del condado de Grant(GMHC) que no puede pagar el total de la misma, y el consumidor cumple con los ingresos de los hogares y criterios de miembros. Todos los beneficiarios del Título XIX deberán presentar su Tarjeta de Servicios Médicos para cada visita en GMHC. Los consumidores que son del Título XIX no se les cobrará un copago, deducible u otros honorarios de servicios aprobados por Medicaid, y de acuerdo con la medicación. Los consumidores que tienen cobertura de seguro privado o por aquellos que auto-pagan por los servicios son responsables e la tarifa completa a menos que los criterios de las tarifas de GMHC se han cumplido.

Los consumidores que cumplan con los criterios de aplicación de la cuadrícula de deslizamiento se les cobrará un porcentaje (%) de las tarifas que se muestran arriba basada en sus ingresos y el número de dependientes que viven en el hogar, siempre que la documentación de prueba de ingresos es recibido por GMHC y, según los recursos disponibles, y si se aprueba la solicitud. Por favor pregunte en recepción si necesita ayuda a leer o comprender este documento.

POGRAMA DE TARIFAS DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO-ingreso mensual

% de pobreza	% de diapositiva	NUMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES EN LA FAMILIA/HOGAR									
		1-mensual	2-mensual	3-mensual	4-mensual	5-mensual	6-mensual	7-mensual	8-mensual	9-mensual	10-mensual
210%	45.00%	\$ 2,079	\$ 2,804	\$ 3,528	\$ 4,253	\$ 4,977	\$ 5,702	\$ 6,428	\$ 7,156	\$ 7,254	\$ 8,612
200%	40.00%	\$ 1,980	\$ 2,670	\$ 3,360	\$ 4,050	\$ 4,740	\$ 5,430	\$ 6,122	\$ 6,815	\$ 6,908	\$ 8,202
190%	35.00%	\$ 1,881	\$ 2,537	\$ 3,192	\$ 3,848	\$ 4,503	\$ 5,159	\$ 5,816	\$ 6,474	\$ 6,563	\$ 7,792
180%	30.00%	\$ 1,782	\$ 2,403	\$ 3,024	\$ 3,645	\$ 4,266	\$ 4,887	\$ 5,510	\$ 6,134	\$ 6,217	\$ 7,381
170%	25.00%	\$ 1,683	\$ 2,270	\$ 2,856	\$ 3,443	\$ 4,029	\$ 4,616	\$ 5,203	\$ 5,793	\$ 5,872	\$ 6,971
160%	20.00%	\$ 1,584	\$ 2,136	\$ 2,688	\$ 3,240	\$ 3,792	\$ 4,344	\$ 4,897	\$ 5,452	\$ 5,527	\$ 6,561
150%	15.00%	\$ 1,485	\$ 2,003	\$ 2,520	\$ 3,038	\$ 3,555	\$ 4,073	\$ 4,591	\$ 5,111	\$ 5,181	\$ 6,151
140%	10.00%	\$ 1,386	\$ 1,869	\$ 2,352	\$ 2,835	\$ 3,318	\$ 3,801	\$ 4,285	\$ 4,771	\$ 4,836	\$ 5,741
130%	5.00%	\$ 1,287	\$ 1,736	\$ 2,184	\$ 2,633	\$ 3,081	\$ 3,530	\$ 3,979	\$ 4,430	\$ 4,490	\$ 5,331
120%	5.00%	\$ 1,188	\$ 1,602	\$ 2,016	\$ 2,430	\$ 2,844	\$ 3,258	\$ 3,673	\$ 4,089	\$ 4,145	\$ 4,921
110%	5.00%	\$ 1,089	\$ 1,469	\$ 1,848	\$ 2,228	\$ 2,607	\$ 2,987	\$ 3,367	\$ 3,748	\$ 3,800	\$ 4,511
100%	5.00%	\$ 990	\$ 1,335	\$ 1,680	\$ 2,025	\$ 2,370	\$ 2,715	\$ 3,061	\$ 3,408	\$ 3,454	\$ 4,101

ESTA TABLA MUESTRA EL PORCENTAJE DE LAS TASAS QUE SE APLICARAN A LOS CONSUMIDORES SEGÚN NIVEL DE INGRESO Y TAMAÑO DE LA FAMILIA. LA TABLA SE BASA EN EL NIVEL DE POBREZA FEDERAL OFICIAL EN 220%. CUALQUIER DESVIACIÓN DE ESTE PROGRAMA REQUIERE UNA EXCEPCIÓN DE PAGO ESCRITO APROBADA POR EL DIRECTOR DE SALUD CONDUCTUAL. ESTE CALENDARIO ESTÁ DISPONIBLE A LOS CONSUMIDORES A PETICIÓN. MUJERES EMBARAZADAS CUENTAN COMO DOS PERSONAS CON EL PROPÓSITO DE ESTA CARTA.

Efectivo 01/01/16 a 31/12/16
Agregar \$347 por cada persona adicional más de 10 dependientes